Nr 14. Kraków, 7. kwietnia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 7. kwietnia 1917. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią.
(Dyrektor Dr. med. Antoni Mikulski).

Przyczynek do leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu.

Podał

Eufemiusz Herman.

Prof. Julius Donath na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909 po raz pierwszy podniósł sprawę leczenia porażenia postępującego za pomocą podskórnych wstrzykiwań nukleinianu sodu, oraz podał własne wyniki tych zabiegów [1]).

Prace Donatha z tej dziedziny dały początek licznym badaniom innych autorów, zmierzających do leczenia za pomocą nukleinianu sodu nie tylko już porażenia postępującego, lecz i innych chorób psychicznych, w pierwszym rzędzie otępienia wczesnego.

Zanim Donath zdążył w r. 1913 podzielić się z członkami międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie własnymi wynikami leczenia otępienia wczesnego nukleinianem sodu [2]), już Lepine w roku 1910 leczył tym sposobem 13 chorych na otępienie wczesne, przyczem w 3 przypadkach uzyskał polepszenie, w 9 zaś nie wystąpiła żadna poprawa [3]). Itten, stosując leczenie nukleinowe u 9 chorych na otępienie wczesne, nie uzyskał poprawy stanu psychicznego w żadnym przypadku. Badacz ten atoli posługiwał się zbyt małemi dawkami i w ciągu zbyt krótkiego czasu, aby wyniki jego można było uważać za pewne [4]). Lundvall leczył 18 chorych na otępienie wczesne nukleinianem sodu, z pośród tych — 4 wyzdrowiało, u 9 nastąpiła znaczna, u 2 — słaba poprawa, na 3 leczenie nie wywarło żadnego wpływu [5]). Donath z pośród 14 chorych na otępienie wczesne, których poddał leczeniu nukleinowemu, 3 uważa za wyleczonych, u 5 była znaczna, u 3 przemijająca poprawa, wreszcie 3 innych — bez zmiany [6]). Hauber, stosując wstrzykiwania nukleinianu sodu 20 chorym na otępienie wczesne, otrzymał znaczną poprawę u 7 chorych, u 3 nie ukończył leczenia, wreszcie u pozostałych 10 nie miał żadnego wyniku [7]). Kruze-Pawłowska na 12 chorych z otępieniem wczesnem, leczonych za pomocą nukleinianu sodu, miała następujące wyniki: u 3 chorych — wyleczenie, u 2 — znaczną poprawę, u 2 — słabą poprawę, u 5 zmian żadnych w stanie chorobowym nie było [8]). Wreszcie Kielholz śród 18 chorych na otępienie wczesne, u których stosował leczenie nukleinowe, w żadnym przypadku nie widział wyleczenia, w 7 stwierdził znaczną poprawę, w 7 innych — słabą poprawę, wreszcie w 4 nie zauważył żadnego wpływu leczenia [9]).

W szpitalu »Kochanówka« stosowaliśmy nukleinian sodu w 11 przypadkach otępienia wczesnego. Wlewań dokonywaliśmy stale rano, mierząc ciepłotę co 2 godziny w ciągu całego dnia, nocy, oraz dnia następnego.

Technika wlewania była następująca: W kolbce szklanej wyjaławialiśmy rozczyn fizyologiczny soli kuchennej, do którego, jeszcze na gorąco, dodawaliśmy nukleinian sodu (wyrobu Mercka) w stosunku 1 na 20 cm^3 rozczynu. Wstrzykiwań we wszystkich przypadkach dokonywaliśmy za pomocą 100-gramowej strzykawki Rekord. Jako miejsce dla wstrzyknięcia wybieraliśmy przestrzenie podłopatkowe, myjąc okolicę tę starannie eterem, a następnie pędzlując nalewką jodową. Po dokonaniu wstrzyknięcia przykładaliśmy wacik z kolodium.

Powikłań w postaci ropni lub innych nie mieliśmy w żadnym przypadku. W czasie gorączkowania chorzy pozostawali w łóżku.

Ze znacznie skróconych historyi chorób podajemy następujące daty główne.

I. D. H., 14 l., przybył do szpitala 4. IX. 1915 roku.

Rodzice chorego żyją — ojciec cierpi na kamienie nerkowe i żółciowe; matka — zupełnie zdrowa. Pokrewieństwa pomiędzy rodzicami niema; alkoholu rodzice nie nadużywali; w chwili urodzenia się chorego ojciec miał 41 lat, matka — 38 lat.

Rodzeństwa chory ma siedmioro. Najstarszy z braci miał przejścia psychiczne, wskutek których cierpi na zadumę. Brat matki chorego choruje umysłowo.

Chory był zawsze dzieckiem kapryśnem, stale uprawiał samogwałt. Od 8 roku życia uczęszczał do szkoły; do nauki niezbyt się garnął. Na nic przedtem nie chorował. Obecna choroba datuje się od czerwca r. 1915. Chory w mieście Cz... podczas wkroczenia wojska był wśród tłumu; wskutek zajść ulicznych otoczony i uprowadzony z kraju. Wkrótce, po powrocie do miasta rodzinnego, miał być bardzo przygnębiony, jednocześnie nader lękliwy. Mimo to w ciągu kilku następnych tygodni uczył

[1]) Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressiven Paralyse mit Natr. nuclein. — Berlin. klin. Wochenschr. 1910, Nr. 51.

[2]) Donath. Natrium nucleinicum in der Behandlung der Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. B. XIX, 1913.

[3]) Lepine J. Le nucléinate de soude et la leucothérapie en thérapeutique mentale, La presse med. 1910, Nr. 9.

[4]) Itten W. Heilversuche mit Nucleininjectionen bei Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych, 7.

[5]) Lundvall, Halvar. Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art specifischer Therapie. Nationaltrykkerich, Kristiania 1912.

[6]) Donath. Natrium nucleinicum in d. Behandlung d. Dem. pr. Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Ps. Bd. XIX. 1913.

[7]) Hauber F. Therapeutische Versuche mit Nucleinsäureinjectionen bei Psychosen. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1914, H. I.

[8]) Kruze-Pawłowska M. Leczenie otępienia wczesnego nukleinianem sodu. Neurol. polska 1914, zesz. V. i VI.

[9]) Kielholz. Zur Behandlung der Dementia praecox mit Natrium nucleinicum. Zeitschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1916. 34 B. I. u. II. H.

się jeszcze. Ostatniemi czasy choroba znacznie postąpiła naprzód. Chłopiec zrywał się często po nocach z łóżka, mało sypiał, nie jadał, bredził, mówił niedorzeczności.

Przy badaniu wstępnem nie stwierdza się ze strony narządów wewnętrznych i układu nerwowego zmian widocznych. Co do stanu psychicznego stwierdza się nieznaczne upośledzenie oryentacyi w czasie; natomiast prawidłowe zachowanie jej co do miejsca i otoczenia. Co do omamów podaje chory, że »niekiedy przedstawiała mu się przed oczyma młodsza siostra«.

Z przebiegu w głównych zarysach zauważono, co następuje: Chory na pytania odpowiada niechętnie, monotonnie, powoli. Z otoczeniem w kontakt nie wchodzi. Trudność skupienia uwagi na jakimś przedmiocie; ospałe kojarzenie myśli; podczas mowy zacinanie się. — 21. X. 1915. Stan zamroczenia, połączony z katalepsyą stawów; niewyraźne omamy wzrokowe, skutkiem których chory dokonywa ustawicznych ruchów ręką, o charakterze obronnym, jak gdyby przymusowych.

W drugiej połowie listopada 1915 r. zaczęliśmy stosować podskórne wlewania nukleinianu sodu w następujących dawkach oraz odstępach czasu: 16. XI. — 1 gr.; 18. XI. — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24, XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2,5 gr.; 1. XII. — 2,5 gr.; 11. XII. — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,0 gr. Ogółem zatem chory otrzymał 21,75 gr. nukleinianu sodu w 10 wstrzyknięciach. Za każdym razem chory oddziaływał wzniesieniami ciepłoty, której stopień najwyższy sięgał 39,5, zazwyczaj atoli po wlewaniach ciepłota wahała się pomiędzy 38,0° a 39,0°. Ciepłota zaczynała wznosić się już po upływie 3—4 godzin od wstrzyknięcia, szczyt zaś ciepłoty prawie stale przypadał na ósmą godzinę po wlewaniu. Tętno przyspieszone odpowiednio do wzniesień ciepłoty. Na wadze chory nie stracił. Łaknienie dobre.

Po miesiącu w stanie psychicznym chorego daje się zauważyć znaczna zmiana ku lepszemu. Chory chętnie rozmawia, wesół, interesuje się otoczeniem, wchodzi z niem w kontakt, płata innym chorym figle. Poprzednie stany zamroczenia, połączone z katalepsyą, nie powtarzają się. Oryentacya w czasie, przestrzeni i otoczeniu należyta. Chory chciałby powrócić do domu lub otrzymać w szpitalu jakieś zajęcie. Dnia 20. III. 1916 r. chory w stanie znacznej poprawy psychicznej został na żądanie ojca wypuszczony ze szpitala. W październiku roku ubiegłego poinformowano nas, że chory w mieście Cz. uczęszcza do szkoły, sprawując się naogół poprawnie.

II. R. K., 31 l., kawaler, z zawodu urzędnik banku, przybył do szpitala 28. XI. 1915 r.

Rodzice chorego żyją, zdrowi. Ojciec usposobienia nerwowego. Alkoholu nie używali. W rodzinie chorób umysłowych nie było. Chory ma dwóch braci, zdrowych. Jako dziecko rozwijał się prawidłowo. Ukończył prawo oraz wydział handlowy. Lues negatur. Już w r. 1914 był umieszczony w szpitalu naszym. Po 3-dniowym pobycie uciekł i pozostał na życzenie rodziny w domu. Z początku poświęcał nieco czasu układaniu wierszyków; podał ofertę o posadę do banku. Następnie wszystko to porzucił, całe dnie spędzając na spacerze. Z wybuchem wojny stan psychiczny znacznie się pogorszył. Podczas bitwy łódzkiej szrapnel wpadł do pokoju chorego, przebił sufit i eksplodował w bramie. Mieszkańcy domu ukryli się w suterenie, śród nich również i chory; niebawem atoli oświadczył chory, iż nie życzy sobie pozostawać »z babami i hołotą«, udał się do portyerni, gdzie spędził 2 dni. Po tym wypadku chory leżał 3 miesiące w łóżku, nie jadł, nie mył się, miał wybitne omamy i idee prześladowcze. Często otwierał okno w mieszkaniu, i, głośno wykrzykując, groził Niemcom pięścią.

Przy badaniu przedmiotowem narządów wewnętrznych i układu nerwowego nie stwierdzono nic szczególnego. Przy badaniu psychologicznem stwierdza się zupełną dezoryentacyę chorego w czasie i otoczeniu, mniejszą — w miejscu. Na zadawane pytania odpowiada nie do rzeczy.

5. X. 1915 r. korzysta chory z najmniejszej sposobności, kiedy się przypadkowo sam znajdzie w towarzystwie pielęgniarki, aby niepostrzeżenie ją napaść, bić oraz kopać dopóty, póki nie zostanie usunięty przez służbę. Pozostaje agresywnym przeważnie względem młodych kobiet, które poraz pierwszy widzi, nigdy w stosunku do mężczyzn. — 20. X. 1915. Stan psychiczny bez zmiany. Chory często odmawia przyjmowania pokarmów; lubi długo leżeć w łóżku; zanieczyszcza się niekiedy moczem.

Od d. 16. XI. 1915 r. zaczęto stosować podskórne wstrzykiwania nukleinianu sodu w dawkach następujących: 16. XI. — 1,0 gr.; 18. XI. — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24. XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2.5 gr.; 1. XII.— 3,0 gr.; 11. XII. — 3,0 gr.; 20. XII. — 3,0 gr. Ogółem zatem otrzymał chory 22,25 gr. nukleinianu sodu w 10 wstrzyknięciach. Po wlewaniu już po 4 godzinach ciepłota się stopniowo wznosiła, dochodząc do szczytu po upływie następnych 4—6 godzin. Najwyższa ciepłota, jaką w tym przypadku spostrzegaliśmy, wynosiła 39,3°, przeważnie atoli wahała się ciepłota pomiędzy 38,0° a 39,0°. Przyspieszenie tętna odpowiadało wzniesieniom ciepłoty. Leczeniu poddawał się chory niechętnie, dopiero pod przymusem.

Po miesiącu daje się zauważyć nieznaczna poprawa stanu psychicznego chorego. Chory jest spokojny, dotychczas nie miał chwil podniecenia psychomotorycznego. Nieco lepiej zoryentowany w czasie i otoczeniu. Jada i sypia należycie. Nie zanieczyszcza się moczem.

Od d. 12. II. do d. 4. IV. 1916 r. zastosowano drugą seryę wlewań podskórnych nukleinianu sodu w dawkach następujących: 12. II. — 1,0 gr.; 14. II. — 1,5 gr.; 16. II. — 2,0 gr.; 19. II. — 2,5 gr.; 28. II. — 3,0 gr.; 2. III. — 3,5 gr.; 11. III. — 3,5 gr.; 29. III. — 4,0 gr., 1. IV. — 4,0 gr. Ogółem otrzymał zatem chory w ciągu II. seryi 29,0 gr. nukleinianu sodu w 10 wlewaniach podskórnych. W obu seryach razem zastosowaliśmy 51,25 gr. nukleinianu sodu.

Odczyn co do ciepłoty był naogół dobry. Najwyższa ciepłota 39,0°. Przyspieszenie tętna odpowiednie do wzniesień ciepłoty. Na wadze chory zyskał. Chorego mieliśmy w obserwacyi w ciągu 7 miesięcy po dokonaniu ostatniego wlewania.

Nieznaczna poprawa stanu psychicznego, jaka nastąpiła po pierwszej seryi wlewań, nie tylko się nie utrzymała, lecz przeciwnie ustąpiła miejsca pogorszeniu, a raczej powrotowi do stanu poprzedniego. Chory nadal miewa chwile silnego podniecenia psychomotorycznego, przeplatane długimi okresami przygnębienia, a nawet do pewnego stopnia osłupienia (stupor).

III. C. E., 23 l., przybył do szpitala naszego po raz pierwszy d. 7. VIII. 1914 r.

Ojciec chorego łatwo popadał w rozdrażnienie; zmarł na zapalenie płuc. Matka uznaje się za nerwową. Babka chorego ze strony matki była również osobą nerwową. Alkoholu rodzice nie używali. Chory ma troje rodzeństwa, wszyscy zdrowi. Jako dziecko rozwijał się C. E. prawidłowo. W dzieciństwie przebył płonicę. Od 8 roku życia uczęszczał do szkoły, przed 3 laty ukończył szkołę handlową. Wyjątkowo uzdolniony do muzyki, malarstwa, rzeźby. Po ukończeniu szkoły średniej zamierzał udać się na studya wyższe zagranicę, jednak wskutek przeszkód materyalnych zmuszony był zająć się praktyką w fabryce, aby zostać majstrem. W ostatnich czasach atoli praca stała się dla niego ciężarem. Mało towarzyski, czytywał dużo, stosunków z kobietami nie miewał. Muzykę i malarstwo zarzucił od 2 lat.

Przed 4 miesiącami matka zauważyła, że chory z trudnością wybiera się do codziennych zajęć, staje się bardziej zamyślonym, smutnym, często narzeka na życie, jako na bezwartościowe. Wkrótce chory przestał zupełnie pracować. Od 2 miesięcy przesiaduje często całemi godzinami zamyślony w jednej pozycyi. Pytany nie odpowiada wówczas wcale. Zdarzało się, że, idąc po coś, chory nagle stawał i trwał czas jakiś w przypadkowej pozycyi. Do zakładu przyjechał z całą świadomością; aby się wyleczyć.

Przy badaniu przedmiotowem narządów wewnętrznych oraz układu nerwowego nie zauważa się żadnych zmian. Co do stanu psychicznego chory okazuje zupełną dezoryentacyę w czasie, natomiast dobrze oryentuje się w otoczeniu.

Oto garść odpowiedzi chorego na niektóre zapytania: Co to za dom? »Sanatoryum dla umysłowo chorych, przytułek przygnębionych i niezadowolonych z życia ludzi«. Czy się z pana wyśmiewają? »Tak, na ulicy wszyscy mnie za gorszego mają!« Czy pana prześladują? »Owszem, myśl jedna, mianowicie: że nie przeżyję śmierci matki, i jak pomyślę, to gotów jestem odebrać sobie życie...«

W szpitalu chory ulega wyraźnym omamom wzrokowym i słuchowym i ma uczucie wrzenia w głowie, prawem okiem ma widzieć podwójnie, »jak gdyby cień od przedmiotu«; podaje, że się wszystkiego lęka, ale zarazem rozumie, że czyni to niepotrzebnie, bo, jak się wyraża, włada wszystkiem zapomocą oczu i uszu.

W końcu roku 1914, po ewakuacyi zakładu do Łodzi, chory został zabrany przez rodzinę.

Powtórnie przybył do szpitala 10. II. 1915 r. Zaraz po powrocie z »Kochanówki« chory objawiał wielki niepokój; opowiadał, że, przebywając w piwnicy podczas strzelaniny, miał widzenie — ukazał mu się Bóg i rzekł do niego: »dziś jest ładny dzień«. Podczas pobytu w domu chory stawał się coraz bardziej podnieconym, nie sypiał, zrywał się z łóżka, naśladował huk strzałów, uderzając pięścią w drzwi; bił otaczających. Podczas

ostatnich paru miesięcy pobytu w szpitalu chory znajdował się w stanie osłupienia; zanieczyszczał się moczem; mało jadał.

Od d. 16. XI. do 20. XII. 1915 r. stosowaliśmy wlewania podskórne nukleinianu sodu w dawkach następujących: 16. XI.— 1 gr.; 18. XI, — 1,5 gr.; 20. XI. — 1,75 gr.; 22. XI. — 2,0 gr.; 24. XI. — 2,0 gr.; 26. XI. — 2,5 gr.; 29. XI. — 2,5 gr.; 1. XII. — 3,0 gr.; 11. XII, — 3,0 gr.; 20, XII. — 3,5 gr. — Ogółem zatem w 10 wstrzyknięciach otrzymał chory 22,75 gr. nukleinianu sodu. Za każdym razem był odczyn w postaci gorączki, której stopień najwyższy wynosił 38,5°; przeważnie atoli ciepłota wahała się pomiędzy 37,5° a 38,0°. Ciepłota zazwyczaj zaczynała wznosić się w 3—4 godzin po wstrzyknięciu; szczyt jej przypadał przeważnie na ósmą godzinę. Ilość uderzeń tętna odpowiadała wzniesieniom ciepłoty.

Chorego mamy w obserwacyi aż do chwili obecnej, a więc 10 miesięcy po dokonaniu leczenia nukleinowego, atoli w psychice chorego nie zaszła żadna poprawa. Dezoryentacya w czasie, miejscu i otoczeniu, chwile podniecenia psychomotorycznego, brak zainteresowania się otoczeniem, oraz kontaktu z niem, niekiedy omamy wzrokowe — w niemniejszym aniżeli poprzednio stopniu cechują stan psychiczny chorego.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni anatomo-patologicznej Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie (Lwów).

Przyczynek do patogenezy twardziny skóry (sclerodermia)

podał

Prof. Dr Józef Hornowski,

prosektor Zakładu.

(Dokończenie).

Sekcyę zmarłej, E. M., lat 35, wykonałem d. 7 maja 1915 r. w 4 godziny po śmierci (liczba protok. sekc. 60) i stwierdziłem, co następuje.

Wzrost zmarłej 1 m 37 cm. Odżywienie bardzo nędzne. Na głowie strupień woszczynowaty (favus). Uwłosienie około części płciowych skąpe. Skóra blada i cienka, błyszczy się na palcach rąk, klatce piersiowej, brzuchu i ramionach w niektórych miejscach. Stopy obrzękłe i sinawe. Paznokcie wypukłe znacznie, podłużnie prążkowane, na drugim i trzecim palcu rąk obu. bardzo drobne. Skóra na twarzy wybitnie cienka, miejscami błyszczy się. W szczęce górnej brak zupełny zębów przednich. W szczęce dolnej zęby drobne, obnażone znacznie ze śluzówki, poprzecznie prążkowane, ścieńczałe. Zęby te są bardzo ruchome i łatwo dają się wyjąć palcami.

Kości czaszki średniej grubości, miejscami przeświecają; rowki dla naczyń — płaskie. Lekka asymetrya czaszki: wypuklenie na lewo ku tyłowi. W środkowej jamie czaszkowej ku przodowi od kości skalistej, w najgłębszem miejscu znajdujemy obustronnie w oponie twardej otwory okrągłe, nieco mniejsze od halerza, przez które przeziera, nie pokryta oponą, kość. Opona twarda dość dobrze napięta, nie wykazuje nigdzie zgrubień. Zatoki żylne bez zmian. Opony miękkie lekko obrzękłe, więcej ze strony lewej, wzdłuż naczyń w części ciemieniowej górnej; naogół są one jednak cienkie i zdejmują się łatwo. Naczynia i podstawa mózgu bez zmian.

Siodełko tureckie umiarowe. Przysadka mózgowa, wagi 0·65 grm., wystaje nieco na zewnątrz siodełka, głównie swoją częścią tylną, która sama jednak jest stosunkowo mała. Część przednia przysadki składa się z dwu płatów, leżących na sobie w postaci dachówki; w środku tych płatów widać wyraźnie rozszerzone naczynia krwionośne.

Mózg waży 1290 grm. Zwoje jego dość dobrze przylegają do siebie. Zwoje czołowe i potyliczne na ogół drobne. Kora wązka; w zwojach czołowych i ciemieniowych strony prawej i w ciemieniowych strony lewej nie wszędzie dobrze odcina się od istoty białej. Komory nieznacznie rozszerzone. Szyszynka, wagi 0·16 grm., miękka i różowa. Splot naczyniasty, móżdżek, most Varola bez zmian. Rdzeń przedłużony, naogół bardzo wązki i mały, w najszerszem miejscu czwartej komory ma tylko 2 cm. To samo da się powiedzieć również o całym rdzeniu — jest on wszędzie cienki i wązki. Przednie jego rogi są nader wązkie, tylne przekrwione. Odgraniczenie istoty szarej od białej nie wszędzie wyraźne, szczególniej zaś w części szyjnej i w dolnej piersiowej. Nerwy obwodowe bez zmian. Mięśnie blade.

W jamie brzusznej opadnięcie jelita grubego w postaci litery W.

Klatka piersiowa długa, kąt ostry. Śródpiersie bez zmian. Grasicy brak. W opłucnych, obustronnie, na całej przestrzeni bardzo krótkie i zbite zrosty. Gruczoły przytarczyczne znalazłem wszystkie 4 — ze strony lewej leżą one niżej, niż z prawej; górne gruczoły są bledsze od dolnych. Tarczyca bardzo mała, wagi 15·5 grm., na przekroju zawiera mało kolloidu, natomiast wyraźnie jest poprzerastana przez tkankę łączną. Płat lewy jest mniejszy od prawego. Na podstawie języka silnie rozwinięty aparat chłonny.

Przełyk, krtań i tchawica bardzo wązkie. W płucu prawem, w płatach dolnych obrzęk i zastój, w płacie górnym nieliczne gruzełki wielkości ziarna prosa i większe. W płucu lewem, na całej przestrzeni przekroju, liczne gruzełki, zlewające się ze sobą. Poza tem tu i owdzie, głównie w płacie górnym, ogniska serowate, wielkości korony, oraz zaczynający się świeży rozpad gruźliczy w postaci jam, wielkości orzechów laskowych. Oskrzela znacznie rozszerzone, ściana ich zgrubiała i wyraźnie prążkowana poprzecznie.

Serce nieco rozszerzone poprzecznie i podłużnie. W nasierdziu sporo tkanki tłuszczowej. W tętnicy głównej, bardzo wązkiej, o obwodzie 5·2 cm., zaczynające się zmiany miażdżycowe około zastawek. Mięsień serca lewego blady, rozłazi się pod palcami.

Śledziona nieduża; torebka jej znacznie zgrubiała, trzeszczy jak chrząstka przy przecinaniu; na przekroju śledziona przekrwiona i z dość znaczną ilością tkanki łącznej. Kiszka ślepa, wyrostek robaczkowy i kiszki grube bez zmian. W jelitach cienkich — glisty. Nadnercza obydwa tej samej wielkości. Ogólna ich waga 14·2 grm.; torebka tłuszczowa bardzo obfita, istota rdzeniowa szeroka. Nerki blade, kruche, jak ugotowane, naogół małe. Pęcherz moczowy bez zmian. Żołądek i dwunastnica bez zmian. Trzustka mała, dość spoista, wagi 51 grm. Wątroba miękka, stłuszczała. Pęcherzyk żółciowy bez zmian. Macica mała, długość szyjki i ciała prawie jednakowa. Jajniki bardzo drobne, twarde, pozaciągane, sklerotyczne. Waga obu jajników razem 2·4 grm.

Kości tułowia naogół cienkie i drobne.

Na podstawie powyższego rozpoznałem: Tuberculosis pulmonum — cavernae recentes. Adhaesiones pleurales ambilaterales. Bronchiectasiae chronicae. Infiltratio adiposa hepatis. Perisplenitis cartilaginea. Atheroma incipiens aortae. Coloptosis. Ascaris lumbricoides. Hypoplasia universalis. Sclerodermia.

Do badania drobnowidowego wziąłem: 1) skórę z najrozmaitszych miejsc, 2) tętnice i tętniczki, 3) wszystkie gruczoły wewnętrznego wydzielania, 4) kawałki mózgu, rdzenia przedłużonego, rdzenia, nerwów obwodowych. Utrwalałem i barwiłem według znanych metod, nad czem nie mam zamiaru rozwodzić się. Hematoksylina i eozyna, van Gieson, sudan III, rezorcynfuksyna, barwienie włókien sprężystych według Dürcka, Marchi, Nissl, Bielschowsky, Pal-Weigert — oto metody, używane przy badaniu.

Wyniki badania mózgu i móżdżku były ujemne. Jedynie w niektórych skrawkach ze zwojów czołowych, ze strony prawej i z lewej znajdowałem gdzieniegdzie po kilka zanikających komórek, tu i owdzie komórki stłuszczałe, lub gorzej przyjmujące ziarenka Nissla, które były zamazane lub obecne tylko w części komórki. W kilku miejscach stwierdzić mogłem neurofagizm komórek. W pewnych skrawkach ze zwoju czołowego prawego znalazłem również nieco silniej rozwiniętą tkankę glejową naokoło naczyń. Oto wszystko. Ponieważ jednak zmiany takie już nieraz spotykałem i w innych przypadkach tak zwanego otępienia przedwczesnego (dementia praecox), nie mogę więc ich uważać za coś charakterystycznego dla obecnego przypadku.

Również i w rdzeniu przedłużonym nie znalazłem żadnych zmian patologicznych, gdyż nie można za takie uważać miejscowo, w oddzielnych komórkach, gorzej występujących ziarn Nissla, tem bardziej, że dotyczyło to głównie komórek w oliwkach.

Natomiast w rdzeniu kręgowym, pomimo iż komórki w rogach są duże, dobrze wykształcone, ziarna ich barwią się wyraźnie, ilość tych komórek wydaje się być mniejsza, niż w każdym innym zwykłym przypadku. W celu dokładniejszego zoryentowania się co do tego, zbadałem kilka rdzeni kobiet z przedwczesnem otępieniem, w wieku lat 30 do 40, zmarłych, jak i nasza chora, na gruźlicę, i przekonać się mogłem, że rzeczywiście w danym przypadku komórek tych jest mniej, są one rzadziej porozstawiane, szczególniej zaś w miejscach, odpowiadających słupom Clarkea, oraz u podstawy rogów przednich. Poza tem w komórkach, w tych właśnie miejscach, znalazłem większe ilości barwika, a to głównie w dolnych częściach rdzenia.

Te więc zmiany mogę uważać za stojące już w pewnym związku z danym przypadkiem.

W nerwach większych, jakoteż drobnych, dochodzących do skóry, nie mogłem wykazać żadnych zmian patologicznych, pomimo przeprowadzenia badań bardzo ścisłych wszelkiemi metodami, jak Marchiego, Pal-Weigerta, Bielschowskyego, van Giesona.

Przechodząc do skóry, zaznaczyć muszę, iż w niektórych miejscach znajdujemy znaczne zrogowacenie warstw powierzchownych, których grubość dochodzi do 54 μ, a nawet 64·8 μ, gdy średnio w innych częściach skóry wynosi zaledwie 4·35 μ. Gdy w miejscach skóry, mało zmienionych patologicznie, grubość całego naskórka wynosi do 54 μ, w silnie zmienionych częściach nie przenosi 10·8 μ, przyczem miejscami widzimy nie więcej nad cztery warstwy komórek. Warstwa jasna prawie niewidoczna. W komórkach walcowatych miejscami dużo barwika, więcej niż w prawidłowych częściach skóry, miejscami zaś prawie zupełnie go niema; ilość barwika nie zależy od nasilenia zmian patologicznych w skórze i nie stoi w żadnym związku ze ścieńczeniem nabłonka.

Co się tyczy skóry właściwej, to przedewszystkiem wpada w oczy, w miejscach zmienionych patologicznie, nadzwyczaj mała ilość jąder. Tkanka łączna wygląda, jak tkanka bliznowata, miejscami nieraz na dość znacznej przestrzeni występuje zupełna jej jednorodność (homogenisatio); w tych miejscach tkanka łączna okazuje zwyrodnienie szkliste. Trochę więcej jąder w tej tkance widać naokoło gruczołów łojowych i potowych, które same jednak zmian patologicznych nie okazują. Skupiające się tutaj jądra przypominają najbardziej naciek z limfocytów. Takież, jednak nieznaczne, nacieki limfocytarne widać na granicy skóry właściwej i tkanki tłuszczowej podskórnej. Gromadzą się one tutaj naokoło naczyń, jak również i wśród tkanki tłuszczowej. Komórek plazmatycznych nie mogłem nigdzie wykazać.

Mięśnie przywłośne wyraźnie zgrubiałe.

Gdy w prawidłowszych miejscach skóry brodawki skórne są dość dobrze zaznaczone, to w znacznie zmienionych miejscach są one do tego stopnia wygładzone, iż odgraniczenie nabłonka od skóry właściwej przedstawia się w postaci zupełnie prostej linii. Poza tem w tych właśnie zmienionych patologicznie częściach skóry nie dają się wykazać pod nabłonkiem ani ciałka dotykowe, ani zakończenia nerwowe, ani naczyńka; wygląda to tak, jak gdyby one wszystkie zanikły.

Włókna sprężyste w skórze właściwej naogół dobrze zachowane, w miarę jednak występujących zmian twardzinowych wykazują i one to porozrywanie, to ścieńczenie, a miejscami jak gdyby wyrównawcze odradzanie się i grubienie, to wreszcie występują ogniskowe ich braki, szczególniej w tych miejscach, gdzie linia odgraniczenia nabłonka od skóry właściwej przedstawia się w postaci prostej. Wogóle stwierdzić należy, iż zmiany patologiczne we włóknach sprężystych występują wyraźniej bliżej nabłonka, natomiast tylko w małym stopniu w dolnych częściach skóry właściwej.

Przechodząc do naczyń krwionośnych, muszę stwierdzić przedewszystkiem, iż wszystkie one (mówię tu tylko o naczyniach tętniczych obwodowych, i to małego kalibru) okazują zmiany ścian. Mamy tu do czynienia ze zgrubieniem tych ścian, a głównie błony wewnętrznej, choć miejscami zgrubienie takie okazuje i błona środkowa. Natomiast w błonie zewnętrznej nie mogłem nigdzie stwierdzić żadnych wyraźniejszych zmian patologicznych.

Przy barwieniu hematoksyliną z eozyną i metodą van Giesona stwierdziłem w mięśniach błony środkowej zwyrodnienia szkliste ogniskowe, usadowione przeważnie w jej części środkowej. Przy barwieniu rezorcynfuksyną znalazłem znaczne porozrywanie włókienek sprężystych okrężnych, a w blaszce sprężystej wewnętrznej drobne ogniskowe braki włókien sprężystych. Przy skombinowanem barwieniu rezorcynfuksyną i van Giesonem według sposobu, podanego przezemnie w roku 1908, stwierdziłem, iż brakom w blaszce sprężystej wewnętrznej oraz porozrywaniu okrężnych włókienek w mięśniach błony środkowej odpowiadają w tejże błonie zmiany szkliste. Przy równoczesnem barwieniu włókien sprężystych i tłuszczu, również według sposobu, podanego przezemnie w roku 1913, znalazłem w miejscach porozrywania i zniszczenia włókienek sprężystych w błonie środkowej drobniutkie ogniska zwyrodnienia tłuszczowego w poszczególnych włókienkach mięsnych.

Tak więc w obwodowych naczyniach zmiany były stosunkowo dość znaczne. Przy barwieniu tych naczyń metodą Dürcka nie znalazłem zmian żadnych w innych włóknach sprężystych, a mianowicie w promienistych, łukowych i widłowatych. Wszystkie one przedstawiały się prawidłowo, nie okazywały rozerwań, natomiast miały przebieg prosty, nie okazując falistości.

Zbierając więc całość wyników badań obwodowych naczyń krwionośnych tętniczych, muszę podkreślić brak zmian we włóknach sprężystych promienistych, natomiast wyraźne zmiany we włóknach okrężnych, oraz w mięśniach błony środkowej.

Badania, przeprowadzone w ten sam sposób co do naczyń rozmaitych innych narządów, dały wynik ujemny, z wyjątkiem występującego tu i owdzie, przeważnie jednak nieznacznego przerostu błony wewnętrznej.

Opisane powyżej zmiany doprowadzały do względnego zwężenia światła naczyń, choć, zaznaczyć tu muszę, zwężenie to nie dochodziło do bardzo wybitnego stopnia. Poza zupełnym brakiem i niemożnością wykazania najdrobniejszych naczyniek w najbardziej powierzchownych, leżących tuż pod nabłonkiem, częściach skóry właściwej, nie znalazłem nigdzie takiego obrazu, abyśmy na zasadzie jego mówić mogli o zarostowem zapaleniu błony wewnętrznej tętniczek (endarteriitis obliterans).

W gruczołach wewnętrznego wydzielania znalazłem następujące zmiany:

Szyszynka wykazuje luźny układ komórek, z jądrami ciemnemi i barwiącemi się wszędzie jednolicie, bez wyraźnych ziarnistości. Komórki są naogół małe i mają charakter komórek zanikających. Wśród nich znajdujemy nader liczne złogi wapniowe o budowie współśrodkowej lub blaszkowatej. Również daje się zauważyć większa ilość tkanki łącznej, w której grubych beleczkach znajdujemy dość znaczne zmiany szkliste. Poza tem brak w szyszynce innych, spotykanych tu tworów.

Część tylna przysadki mózgowej stanowi objętościowo $^1/_4$ całej przysadki i zawiera zaledwie ślady brunatnawego barwika, układającego się wśród włókienek gleju. Część pośrednia słabo rozwinięta. W części przedniej mało naogół komórek eozynochłonnych, przeważają zaś absolutnie główne. Również niezbyt licznie występują komórki bazochłonne. W jednem miejscu, prawie na granicy części tylnej i przedniej, znajduje się okrągławy dość duży twór, o średnicy 1875 μ, składający się z komórek głównych, które układają się pasmami i cewkami naokoło naczynia. Jest to często spotykany w przysadce mózgowej gruczolak.

W gruczołach przytarczycznych komórki układają się w postaci dużych ognisk, płatowo i wykazują ostre zarysy. Brak zupełnie komórek kwasochłonnych. Naogół bardzo mało widać tu tkanki tłuszczowej wśród komórek, jak również znajdujemy tylko delikatne, drobne pasemka tkanki łącznej. W różnych miejscach występują dość liczne twory, przypominające pęcherzyki tarczycy, o średnicy do 21·6 μ, wypełnione kolloidem eozynochłonnym lub amfochłonnym, czasami zaś ziarnistą masą, różowo barwiącą się eozyną. Nabłonek, wyścielający te twory, jest płaski, lub też kostkowy, nizki.

Tarczyca okazuje dość znaczne zmiany. Widzimy w niej znaczny i nadmierny rozwój tkanki łącznej, która miejscami otacza każdy pęcherzyk tarczycy oddzielnie. W tkance łącznej występują dość znaczne zmiany szkliste, a tu i owdzie nacieki z limfocytów. Naczynia tarczycy rozszerzone i wypełnione krwią, niektóre wykazują zgrubienie błony wewnętrznej. Pęcherzyki różnej wielkości od 21·6 μ w średnicy, do 162 μ, wypełnione kolloidem eozynochłonnym, zbitym, popękanym. Poza tem tu i owdzie widzimy ogniska skupień komórkowych, o charakterze komórek pęcherzyków, lecz bez światła i zróżniczkowania w charakterystyczne dla tarczycy pęcherzyki. W komórkach pęcherzyków, jak również w ogniskach skupień komórkowych występują wyraźnie liczne, drobne kulki tłuszczowe, które miejscami znajdujemy nawet w jądrach komórek.

Trzustka nie okazuje zmian szczególnych. Wysepki Langerhansa duże i liczne, o średnicy od 75·6 μ do 140·4 μ. Komórki wysepek układają się pasmowato i mają wyraźne, ostre zarysy. We wszystkich komórkach gruczołów trzustkowych oraz wysepek Langerhansa znalazłem dość obficie kulki tłuszczu.

Jajniki okazują daleko posunięty zanik. Dużo w nich tkanki łącznej, dużo komórek śródmiąższowych, bardzo liczne ciała białawe, prawie zupełny brak pęcherzyków jajkowych.

Nadnercza dobrze rozwinięte. Średnia szerokość istoty rdzeniowej wynosi 2187·5 μ, choć miejscami dochodzi i do 3125 μ. Natomiast szerokość istoty korowej w najszerszych miejscach nie przenosi 1250 μ, średnio zaś wynosi 937·5 μ. Komórki kory tylko miejscami okazują nieco wyraźniej zaznaczającą się gąbczastość. Lipoidów w nich naogół dość dużo, szczególniej w warstwie pasmowatej kory, mniej znacznie w kłębkowej i siatkowatej. Miejscami występują ogniskowe braki lipoidów w komórkach wszystkich trzech warstw kory, od obwodu, aż do istoty rdzeniowej. W istocie siatkowatej mało barwika. Istota rdzeniowa jest dobrze i prawidłowo rozwinięta i co do szerokości i co do cech jej komórek. Należy tu zauważyć, iż w stosunku do wieku zmarłej szerokość tej istoty jest jednak nadmierna w porównaniu do rozwoju istoty korowej, gdyż w większości przypadków w tym wieku szerokość obu tych istot powinna być mniej więcej jednakowa. Mamy tu więc do czynienia z nadmiernym rozwojem istoty rdzeniowej. Co się tyczy jej komórek, to wyglądają one prawidłowo, są dość duże, mało wakuolizowane, jednak chromują się słabo, a miejscami nie chromują się nawet zupełnie, co zresztą zależne jest w zupełności od stanu osobnika w chwili jego śmierci, od choroby mniej lub więcej wycieńczającej, na którą dany osobnik zmarł. W zwojach układu współczulnego spotykamy również liczne komórki chromochłonne, które naogół chromują się lepiej, niż komórki w istocie rdzeniowej nadnerczy.

Jeżeli ujmiemy w całości opisany przezemnie przypadek twardziny skóry, to przedewszystkiem muszą zwrócić na siebie uwagę dwie rzeczy, a mianowicie, iż odstępstwa od normy fizyologicznej dotyczą dwu grup zmian patologicznych. Pierwsza grupa — to zmiany wrodzone, druga — to nabyte.

Do pierwszej należą, poza szeregiem drugorzędnych cech, które jednak wskazują na pewne upośledzenie ustroju, a do których zaliczyć musimy: asymetryę czaszki, wrodzone braki w oponie twardej, nieprawidłowe uwłosienie około części płciowych zewnętrznych, nadmierną długość klatki piersiowej — zasadniczo ważne cechy, jak ogólny niedokształt narządów, w szczególności zaś układu tętniczego, wązkość nadmierna rdzenia przedłużonego i rdzenia, wązkość jego rogów przednich, mniejsza ilość komórek u podstawy rogów przednich i w słupach Clarkea, a więc w przypuszczalnych ośrodkach dla układu współczulnego.

Wreszcie do tego wszystkiego dodać należy nader silny, można powiedzieć, nawet nadmierny rozwój układu chromochłonnego w zwojach nerwowych współczulnych i w istocie rdzeniowej nadnerczy, oraz brak komórek kwasochłonnych, najbardziej czynnych, w gruczołach przytarczycznych, co według badań moich jest najczęściej brakiem wrodzonym.

Co się tyczy zmian patologicznych nabytych, to są one nader liczne. Wyliczam najważniejsze po kolei: Gruźlica płuc, zmiany w skórze, paznokciach, zębach, zmiany we krwi, zwyrodnienie włókniste (sclerosis) tarczycy oraz przedwczesne takież zwyrodnienie jajników, zmiany w komórkach mózgowych, barwikowe zmiany w komórkach nerwowych u podstawy rogów przednich i w słupach Clarkea, zmiany w naczyniach krwionośnych, w przysadce mózgowej, brak dobrego chromowania się komórek istoty rdzeniowej nadnerczy, mała ilość barwika w komórkach warstwy siatkowatej kory nadnerczy, wreszcie ogniskowe braki lipoidów w tej korze.

Z chwilą, gdy ująłem zmiany znalezione w narządach w moim przypadku w dwie podstawowe grupy, jest mojem dalszem zadaniem wyodrębnienie z każdej z tych grup zmian, nie mających bezpośredniego związku z twardziną skóry, od zmian, bezpośrednio z nią związanych. Prócz tego, wśród tej drugiej grupy zmian musimy odróżnić te zmiany, które stać mogą w związku z patogenezą danego cierpienia, od tych, które stanowią tylko istotę twardziny skóry.

Przedewszystkiem więc wyłączyć muszę, jako nie mające żadnego związku, lub bardzo tylko luźny, z twardziną skóry: asymetryę czaszki, braki w oponie twardej, nieprawidłowości uwłosienia, nieprawidłowy kształt klatki piersiowej, zmiany w zębach, charakterystyczne dla tężyczki, zmiany we krwi, nie mające w sobie niczego charakterystycznego, zmiany w komórkach mózgowych jako takie, które spotykamy w przypadkach przedwczesnego otępienia.

Również bez ściślejszego związku z twardziną skóry są zmiany w przysadce mózgowej, gdyż zmiany takie widywałem i opisałem już u różnych umysłowo chorych, wreszcie ogniskowe braki lipoidów w korze nadnerczy, które spotykamy stosunkowo często, a także to samo można powiedzieć i o słabszem chromowaniu się, a nawet o braku chromowania się komórek istoty rdzeniowej nadnerczy, co, jak już zaznaczyłem wyżej, jest tylko wyrazem długotrwałości i siły ostatniego cierpienia, doprowadzającego do śmierci.

Z pozostałych objawów bezpośrednim wyrazem samego cierpienia są zmiany w skórze, które, w danym przypadku, wykazują obraz trzeciego okresu twardziny skóry, z zanikiem skóry, stąd też zmiany w nabłonku, w skórze właściwej, w zanikających włóknach sprężystych skóry. Najprawdopodobniej za znajdujące się w takim samym związku z danem cierpieniem uważać musimy zwyrodnienie włókniste tarczycy i jajników.

Pozostałe, stwierdzone przezemnie odstępstwa od normy mogą już stać w pewnym związku z właściwą patogenezą twardziny skóry, o co nam chodzi w danym przypadku.

Przypomnieć tu muszę, iż do nerwic czuciowonaczyniowoodżywczych należy również, poza twardziną skóry, erytromelalgia, co do której mogę się powołać na własny, spostrzegany sekcyjnie przypadek, przedstawiony na XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1911, a opisany w »Neurologii polskiej« w roku 1912.

W przypadku tym wysuwała się na pierwszy plan sympatykotonia, oraz zmiany we włóknach sprężystych skóry i naczyń obwodowych, które to cechy postawiłem w związku z patogenezą erytromelalgii.

W obecnym przypadku twardziny skóry możemy również z pewnością twierdzić, iż mamy do czynienia z osobnikiem w wysokim stopniu sympatykotonicznym, za czem przemawia nadmierny rozwój układu chromochłonnoadrenalinowego, przy wrodzonym upośledzonym rozwoju gruczołów przytarczycznych (brak komórek kwasochłonnych), naturalnych antagonistów tego układu.

Możnaby zarzucić tej koncepcyi, że przerost układu chromochłonnoadrenalinowego w nadnerczach jest sprawą późniejszą, wywołaną przez wzmożoną pracę tego układu, na dowód jednak, że tak nie jest, mamy bardzo nieznaczną ilość barwika w warstwie siatkowatej kory nadnerczy, który to barwik stale się zjawia przy przepracowaniu układu chromochłonnego.

Nie ulega więc wątpliwości, iż zmarła była sympatykotoniczką od urodzenia i że górował u niej ponad wszystkiem układ współczulny.

Jest to fakt pierwszy i zasadniczy.

W zgodzie z nim stoją spostrzeżenia Klingera, Hessa, Königsteina i Reinesa, o których już wspominałem, o większem napięciu układu współczulnego i nadmiernej wrażliwości na adrenalinę osobników z twardziną skóry. Z faktem tym łączą się i inne w moim przypadku, a mianowicie:

1) Niedokształt przypuszczalnych ośrodków dla układu współczulnego u podstawy rogu przedniego i w słupach Clarkea, wyrażający się nietylko przez ogólną wązkość rdzenia i rogów przednich, lecz i przez zmniejszoną ilościowo liczbę komórek.

2) Zawartość w komórkach wyżej wymienionych ośrodków dużej ilości barwika, co zwykle jest albo wyrazem starzenia się komórki, albo jej przepracowania.

3) Niedokształt ogólny układu tętniczego, co stanowi o pewnej wrodzonej jego słabości.

4) Zmiany patologiczne w drobniejszych obwodowych tętniczkach pod postacią zgrubienia, głównie błony wewnętrznej, zmian szklistych i tłuszczowych w mięśniach błony środkowej, porozrywania i zniszczenia włókienek sprężystych, jak w blaszce sprężystej wewnętrznej, tak też i w błonie środkowej, gdzie jednak zmianom tym podległy tylko włókna sprężyste okrężne.

Widzimy więc z tego, iż w danym przypadku twardziny skóry wysuwają się na pierwszy plan te same dwa szczegóły, co i przy erytromelalgii: sympatykotonia i zmiany patologiczne w naczyniach.

Jakiż więc związek może istnieć pomiędzy temi zmianami w skórze, które stanowią główną cechę charakterystyczną dla choroby, zwanej twardziną skóry?

Zmiany w skórze powstają wskutek niedostatecznego jej odżywiania, co wiedzie do jej zaniku, niedostateczne zaś odżywianie jest wywołane przez schorzenie naczyń. Naczynia, które, jak w naszym przypadku, od urodzenia są wązkie, mają ścianę, jak to wiadomo z patologii ogólnej, słabiej uorganizowaną, bardziej podatną na różne wpływy i mniej odporną. Tymczasem układ chromochłonny, silnie rozwinięty, działa drażniąco na ośrodki układu współczulnego, co wywołuje zwiększone podrażnienie nerwów współczulnych i zwiększone ich napięcie. Ponieważ nerwy te działają w kierunku rozszerzania naczynia, czynne są więc głównie włókna sprężyste promieniste. Jako przeciwdziałanie dla nich muszą wykazać wzmożoną działalność zwężające światło naczyń włókna sprężyste okrężne i mięśnie błony środkowej. Pod wpływem nadmiernej pracy, uwzględniając to, co powiedziałem wyżej o upośledzonym ich rozwoju, podlegają one zwyrodnieniom. Dla wyrównania tych zmian przerastają warstwy ścian naczyń, głównie zaś błony wewnętrznej. Stąd obraz zmian w tętnicach, który spotkaliśmy w danym przypadku.

Zatem zmianami pierwotnemi i stojącemi w przyczynowym związku z twardziną skóry są w naczyniach krwionośnych zmiany włókien sprężystych okrężnych i mięśni w błonie środkowej, wtórnemi — zgrubienie i przerost błony wewnętrznej, wyrównawczy.

Brak zachowania zespołu pracy pomiędzy siłami, działającemi na naczynia w kierunku ich rozszerzania, a siłami, zwężającemi ich światło, wywołuje nietylko zmiany w sile napięcia ściany naczyniowej, lecz i w jej grze naczynioruchowej, czego następstwem musi być upośledzenie odżywiania tkanek wskutek zwolnienia obiegu krwi.

W stosunku do nadmiernie rozwiniętego układu chromochłonnego niedokształt ośrodków dla układu współczulnego jest niejako środkiem ochronnym w ustroju, dzięki któremu podrażnienia nerwów współczulnych nie są nadmiernie silne, co musiałoby doprowadzić również i do uszkodzenia włókien sprężystych promienistych, jak to mieliśmy w opisanym przezemnie przypadku erytromelalgii. Te właśnie wszystkie szczegóły wydają mi się leżeć w istocie patogenezy cierpienia, zwanego twardziną skóry: nadmierny rozwój układu chromochłonnego, którego działalność jednak jest hamowana przez niedokształt ośrodków dla układu współczulnego, oraz, jako następstwo tych nieprawidłowości wrodzonych, schorzenie, pod wpływem jakiejbądź przyczyny wewnętrznej czy zewnętrznej, okrężnych włókien sprężystych i mięśni w błonie środkowej drobnych tętnic, z zachowaniem włókien sprężystych promienistych.

Tak więc istotę zmian przy twardzinie skóry stanowi dysocyacya pomiędzy działaniem elementów zwężających a rozszerzających światło drobnych naczyń.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 17. V. 1916.

Przewodniczy kol. Piltz. Obecnych członków 33.

1) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący odczytał list prof. Estreichera w sprawie uczczenia jubileuszu prof. Laskowskiego w Genewie.

3) Kol. Rosner przedstawił niezwykły preparat, uzyskany przy operacyi. Przypadek polegał na **samorodnem przebiciu przepukliny brzusznej** pooperacyjnej (operacya z powodu ropnych guzów jajników i jajowodów) i wypadnięciu sieci przez otwór w powłokach. Operacyę wykonał kol. Rosner doszczętnie, wyciąwszy całą bliznę i warstwowo zaszywszy powłoki brzuszne. W jamie otrzewnej znalazł zrosty między jelitami. Sieć wypadłą zresekowano, jelita porozklejano. Chora ma się po operacyi zupełnie dobrze.

W dyskusyi przemawiali kol. Radliński i kol. Rosner.

4) Kol. Karol Meyer wygłosił wykład p. t. **Rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego i osutkowego.** Wątpliwości co do istnienia duru osutkowego jako odrębnej choroby wobec dokładniejszego poznania jego objawów znikły. Takimi objawami są: 1) Nagły i ciężki początek duru osutkowego. 2) Osutka w durze brzusznym nie pojawia się nigdy przed drugim tygodniem choroby, w durze osutkowym już w pierwszym; w durze brzusznym pojawia się ona naprzód na brzuchu, w durze osutkowym po bokach tułowia lub na grzbiecie, a dopiero później na brzuchu; w durze brzusznym plamki te znikają, a obok powstają nowe, w osutkowym natomiast do pierwszych, które już nie znikają, dołączają się rychło świeże tak, że za 2—3 dni wysypka jest obfita, a w cięższych przypadkach rozsypuje się po całem ciele prócz twarzy. Plamki, w obydwu chorobach zrazu podobne, później w durze osutkowym ciemnieją i zmieniają się na petocie. Obraz histologiczny plamki w durze brzusznym okazuje, jak to stwierdził Fränkel, naciek limfocytami wzdłuż i naokoło naczyń krwionośnych w skórze właściwej; w durze osutkowym zaś naciek występuje w postaci ograniczonych ognisk, jakby guzków, nasadzonych na naczyńkach i składa się z komórek, podobnych do fibroblastów, nadto powstają ogniska martwicze w śródbłonku. 3) Nastrzykanie spojówki, zwłaszcza gałki ocznej, przemawia więcej za durem osutkowym. 4) Zaburzenia psychiczne są stalsze oraz wcześniej występują w durze osutkowym. 5) Tętno w durze osutkowym jest stale przyspieszone i bardzo łatwo uciskalne. 6) Gorączka w durze osutkowym jest niejednakowa: jeden typ początku jej jest taki, jak w durze brzusznym, drugi, jak w zapaleniu płuc, w trzecim ciepłota dochodzi po 2—3 dniach do 39°—40°. 7) Białko w moczu pojawia się w durze osutkowym już w pierwszych dniach, co w durze brzusznym tylko przypadkowo się zdarza. 8) Leukocytoza, a przynajmniej brak leukopenii, przemawia za durem plamistym. 9) Badania serologiczne i bakteryologiczne rozstrzygają niejednokrotnie dopiero wówczas, gdy się je powtarza co parę dni. 10) Inne objawy, jak zmiany w gardle, zaparcie stolca, wejrzenie języka i t. d., są mniej charakterystyczne. 11) Co do swoistej aglutynacyi w durze osutkowym, wykrytej przez Weila, które to badanie również przeprowadzono w wojskowym szpitalu epidemicznym I w Krakowie, nie można jeszcze nic stanowczego powiedzieć. Każdy z wyliczonych objawów uwydatnia się więcej lub mniej, niejednego z nich może braknąć w obrazie klinicznym duru osutkowego, wszelako mimo to ogólny obraz u każdego chorego jest ten sam, monotonny, prosty, bez nawrotów i tak różnorodnych powikłań, jakie urozmaicają obraz duru brzusznego.

W dyskusyi: a) kol. Ciechanowski omawia sprawę rozpoznania histologicznego duru brzusznego i osutkowego, podnosi różnicę lokalizacyi zmian w durze osutkowym, podnosi stosunkową łatwość metody badania histologicznego oraz zachęca do jej próbowania. — b) Kol. Janiszewski zwraca uwagę, że wiadomości nasze o durze plamistym nie wzbogaciły się w ostatnich czasach wiele; nowością są spostrzeżenia Weila. Za rozpoznaniem duru plamistego przemawia fakt, że chory stykał się z chorymi na dur plamisty. — c) Kol. Latkowski podnosi charakterystyczny rozwój wysypki przy durze plamistym. Zwraca uwagę na odmianę duru brzusznego — o wysypce krwotocznej, zaznacza ważność badania bakteryologicznego i odczynu Widala. Leukopenii nie uważa za zjawisko częste w durze brzusznym.

Ważny jest natomiast spadek ciśnienia, spostrzegany przez Munka w durze plamistym. Pod względem psychicznym daje się zauważyć podniecenie w durze plamistym, odurzenie w durze brzusznym. Wreszcie omawia mowca poszukiwania w kierunku wykrycia zarazka duru plamistego. — d) Kol. Wespański opisuje pierwsze spostrzegane przez siebie przypadki duru plamistego.— e) Kol. Momidłowski podnosi ważność szybkiego rozpoznania i zaznacza, że różnice duru brzusznego i osutkowego są bardzo znaczne, wobec czego zadużo się mówi o podobieństwie. — f) Kol. Frączkiewicz zwraca uwagę, że zawszenie chorego jest szczegółem rozpoznawczym, przemawiającym za durem plamistym, wspomina dalej o charakterystycznym zapachu myszy, jaki niektórzy spostrzegli w durze plamistym, wreszcie omawia różne postacie duru osutkowego. — g) Kol. Ciechanowski zaznacza, że w durze osutkowym znaleziono zmiany naczyniowe we wszystkich narządach. Rozpoznanie duru osutkowego jest trudne, o ile spotyka się go rzadko. — h) Kol. Wachtel podnosi, że w durze osutkowym plamy na skórze pojawiają się jeszcze przed wysypką, że nie można wymacać śledziony i że często zdarza się podwójne widzenie. Nadto zwraca uwagę na kombinacye duru brzusznego i plamistego. — i) Kol. Lubecka wspomina o badaniach Hlavy oraz omawia poszukiwania zarazka duru osutkowego. — k) Kol. Latkowski zwraca uwagę, że dur osutkowy jest głównie chorobą układu krwionośnego, chorobą serca i naczyń. Od stanu też tego układu, nie zaś od układu nerwowego, zależy w niej rokowanie; kombinacyę duru brzusznego i osutkowego uważa za bardzo rzadką.

Posiedzenie d. 31. V. 1916.

Po przemówieniu przewodniczącego kol. Ciechanowskiego, który oznajmił o śmierci członka honorowego i niegdyś dwukrotnie prezesa Towarzystwa, prof. Dr Przemysława Pieniążka, i w serdecznych słowach, których wysłuchano stojąc, uczcił pamięć zmarłego, na znak żałoby posiedzenie zamknięto.

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej.

(Rok 1915/16, XLII działalności Towarzystwa).

Sprawozdawca Dr Wacław Jasiński.

IV. Posiedzenie zwyczajne d. 4. stycznia 1916.

Przewodniczący A. Staniszewski, sekretarz P. Borsukiewicz; obecnych 5 członków.

1) J. Czarnecki przedstawia:

a) chorą operowaną z powodu **wypadnięcia odbytnicy**; wypadnięcie sięgało 30 cm; stan chorej obecnie dobry, zwieracz działa prawidłowo;

b) **pęcherzyk żółciowy** z przypadku przewlekłego zapalenia dróg żółciowych;

c) omawia przypadek **ropnia mózgu pochodzenia usznego** u 70-letniego mężczyzny. Ropień w prawym płacie skroniowym przez czas dłuższy nie dawał żadnych objawów, a na krótko przed operacyą tylko objawy zakażenia (dreszcze, gorączka) bez wyraźnych objawów ogniskowych.

2. M. Garbaczewski, lekarz sanitarny m. Lublina, podaje **wykaz ruchu chorych zakaźnych** w mieście w II półroczu 1915 (od 1. VII. do 31. XII. 1915):

Rodzaj choroby	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	Razem
Dur brzuszny	10	35	80	87	73	53	338
Dur plamisty	5	12	26	38	78	212	371
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—	—
Ospa naturalna	2	10	2	1	3	—	18
Dyzenterya	11	91	45	19	6	1	173
Cholera	10	269	125	34	—	—	438
Płonica	6	30	44	35	40	15	170
Odra	22	46	16	30	28	25	167
Błonica	1	3	1	10	13	1	29
Krztusiec	1	2	—	—	—	—	3
Razem	68	498	339	254	241	307	1707

V. Posiedzenie zwyczajne 4. lutego 1916.

Przewodniczący C. Czerwiński, sekretarz W. Jasiński; obecnych 9 członków.

1. Cz. Czerwiński przedstawił preparat **ciąży zewnątrzmacicznej** 2-miesięcznej, usuniętej po wczesnem rozpoznaniu przed pęknięciem.

2. W. Jasiński omawia sprawę wydania Pamiętnika II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie. Sprawa uległa opóźnieniu wskutek wypadków wojennych, obecnie — zdaniem J. — odkładać jej nie należy. J. przedstawia warunki wydawnictwa na zasadzie porozumienia z zarządem drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego. Po wyczerpującej dyskusyi uchwalono: 1) opracować materyał do druku, 2) wstrzymać się z wydawnictwem do czasu, kiedy możliwe będzie prawidłowe rozesłanie pamiętnika członkom Zjazdu i instytucyom, 3) zbadać warunki wydawnictwa w drukarniach miejscowych.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

Wśród prac przygotowawczych dla przyszłego ustroju państwowego Polski najwcześniej stały się przedmiotem publicznej dyskusyi zasady ustroju sanitarnego zarówno w niezależnem Królestwie, jak i w Galicyi, w razie jej wyodrębnienia. Podjęcie tej dyskusyi dowodzi, że lekarze polscy mają poczucie swych obowiązków obywatelskich. Dyskusya ta rozpoczęła się w Warszawie jeszcze na parę miesięcy przed aktem z d. 5 listopada 1916 roku.

Doniosłość sprawy wymaga krótkiego choćby streszczenia projektów, dotąd ogłoszonych. Jest ich sześć: Dr Józefa Jaworskiego (Zdrowie 1916, zeszyt 11), Dr W. Chodźki (Gazeta lekarska 1916, Nr. 52, Medycyna 1916, Nr. 53), Doc. Dr Tomasza Janiszewskiego (Polskie ministerstwo zdrowia publicznego, Kraków 1916), Dr Józefa Polaka (Zdrowie 1917, zeszyt 1 i 2, oraz osobna odbitka, uzupełniona projektem prawa o ochronie zdrowia publicznego), oraz odnoszące się tylko do ewentualnie wyodrębnionej Galicyi uchwały wszystkich korporacyi lekarskich galicyjskich i szczegółowsze nieco uchwały obu Izb lekarskich galicyjskich.

I. Zasady, podane przez Dr Jaworskiego, streszczają się w następującem:

1. Administracya sanitarna składa się z pięciu stopni: 1) Komisya sanitarna gminna pod przewodnictwem lekarza gminnego, wyznaczonego i utrzymywanego przez gminę. 2) Okręg sanitarny. 3) Urząd lekarski powiatowy (fizykat powiatowy) pod kierunkiem lekarza powiatowego z doradczym organem, Radą sanitarną powiatową. 4) Urząd lekarski wojewódzki z lekarzem na czele, a Radą sanitarną wojewódzką przy boku. 5) Krajowa Centralna Rada zdrowia pod przewodnictwem protomedyka (głównego inspektora służby zdrowia w kraju), złożona z lekarzy, przeważnie z wyboru (Towarzystw lekarskich, Wydziału lek. w Warszawie, Izby lekarskiej krajowej), a mająca za organ doradczy Centralny Komitet higieniczny (wzorowany np. na ustroju Towarzystwa higienicznego warszawskiego).
2. Wszystkie urzędy lekarskie zależne są od Krajowej Centralnej Rady zdrowia, która wydaje polecenia fizykatom powiatowym, a te lekarzom powiatowym, obwodowym, miejskim, oraz organom pomocniczym.
3. Zakres działania Krajowej Rady obejmuje sprawy administracyjno-sanitarne, policyjno-sanitarne, sądowo-lekarskie i naukowe. Oprócz właściwej policyi sanitarnej dotyczy on także ustaw budowlanych, szkolnych, spraw szpitalnictwa, zdrojownictwa, ubezpieczeń społecznych (na wypadek choroby), opieki nad macierzyństwem i niemowlętami.
4. Naczelny kierunek zarządu sprawami zdrowia publicznego należy tak w Krajowej Radzie zdrowia, jak i fizykatach, do lekarzy, którym należy pozostawić pewną samodzielność, zarówno w ramach hierarchii urzędowej, jak i w stosunku do władz administracyjnych politycznych (co Dr Jaworski nazywa »decentralizacyą autonomiczną«).
5. Dualizm władz (państwowa i lokalna) upośledzałby sprawność organizacyi sanitarnej.
6. Udział obywatelstwa wszystkich stanów w charakterze doradczym (n. p. w komisyach sanitarnych) na wszystkich sto-

pniach organizacyi sanitarnych powinien być liczebnie wybitny i stały.

II. Dr Chodźko (w referacie, odczytanym na posiedzeniu budżetowem Rady miejskiej warszawskiej) stwierdziwszy, że zasadnicze typy organizacyi sanitarnej istnieją tylko dwa: samorządowy (w Anglii) i policyjny (w Prusach), wyraża zdanie, że żaden z tych skrajnych typów nie jest dla naszych stosunków odpowiedni, natomiast upatruje wiele zalet w organizacyi sanitarnej polskiej, funkcyonującej w Królestwie od roku 1838 do 1867 na następujących zasadach:

1. Skupienie władzy wykonawczej w jednem ręku (głównego inspektora lekarskiego), nie zaś w ciele kolegialnem (Radzie lekarskiej, która była tylko instytucyą rzeczoznawczą i normującą), a to z obarczeniem jednostki (głównego inspektora) całkowitą odpowiedzialnością za wykonawstwo.
2. Całkowicie niezależna od władz administracyjnych niższych sieć zarządów lekarskich, tworząca osobny Wydział Komisyi spraw wewnętrznych, na którego czele stał główny inspektor lekarski, podległy jedynie wprost ministrowi.
3. Dopuszczenie do głosu przedstawicieli społeczeństwa w postaci t. zw. członków honorowych przy urzędach lekarskich gubernialnych.

Zdaniem Dr Chodźki »przetworzenie takiego ustroju, idealnie niemal dopasowanego do naszych warunków, na odrębne ministerstwo zdrowia publicznego, byłoby naturalną konsekwencyą tego świetnego pomysłu organizacyjnego«.

Na tych zasadach opiera Dr Chodźko projekt organizacyi sanitarnej Warszawy (lekarz naczelny z doradczem gronem u boku, w którem, prócz lekarzy, zasiadają i obywatele miasta, lekarze okręgów z okręgowemi opiekami sanitarnemi, jako organami doradczymi, sanitaryusze, jako niższe organa sanitarne, bezpośrednio podległe lekarzom okręgowym), ale tesame zasady, jako najlepsze także w organizacyi sanitarnej całego kraju, prawdopodobnie będzie Dr Chodźko popierać w Departamencie spraw wewnętrznych Rady Stanu, w którym jest, jak słychać, referentem spraw sanitarnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4. IV. b. r. posiedzenie, na którem odbył się wykład Dr R. Spiry: »Choroby uszne a służba wojskowa«. W dyskusyi zabierali głos Dr Birnbaum i prelegent.

Następne posiedzenie odbędzie się d. 11. kwietnia w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).

— D. 31. III. 1917 odbyło się w Domu Towarzystwa lekarskiego pod przewodnictwem Dr Szymona Bernadzikowskiego posiedzenie Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy. W posiedzeniu wzięli udział: z Namiestnictwa: referent sanitarny Dr Lachowicz, inspektor san. Dr Kuhn; z Wydziału krajowego: Dr Szymon Bernadzikowski, Dr Müller, architekt Kamienobrodzki, wicesekretarz Ostrowski-Belza; zaproszeni: z Koła krakowskiego Tow. walki z gruźlicą: hr. Antoni Wodzicki, prof. Dr Kostanecki, doc. Dr Janiszewski; z Koła lwowskiego: prof. Dr Wiczkowski i Dr Selzer; z Uniwersytetu Jagiellońskiego: prof. Dr Latkowski; z Uniwersytetu lwowskiego: prof. Dr Gluziński; z Krajowego Czerw. Krzyża: książę Paweł Sapicha i prof. Dr Panek ze Lwowa; z Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami: r. dw. Brückner i Dr Momidłowski, z delegatów Kas chorych p. K. Osiowski. Przedmiotem obrad było wyczerpujące omówienie rozmaitych projektów i prac, zmierzających do zwalczania gruźlicy w naszym kraju. Po ożywionej dyskusyi, uchwalono, jak podają dzienniki, »rozmaite wnioski«. Obradowano również nad projektem statutu Komisyi zwalczania gruźlicy w Galicyi. Przy tem podniesiono, że gdy inne kraje monarchii, choć są w znacznie lepszem położeniu, niż Galicya, otrzymują od rządu stosunkowo duże subwencye na cele zwalczania gruźlicy, to nasz kraj, mimo największego zagrożenia pod tym względem, nie otrzymał dotąd żadnych funduszów. Uchwalono wysłać deputacyę do Wiednia z przedstawieniem stanu rzeczy i żądać od rządu należnej pomocy. W skład deputacyi weszli: hr. Antoni Wodzicki, książę Paweł Sapieha, prof. Dr Kostanecki, doc. Dr Janiszewski, prof. Dr Gluziński. Biuro Krajowej Komisyi zwalczania gruźlicy wkrótce będzie otwarte w Krakowie.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Jan Morek, rodem z Warszawy.

Lwów. Kliniki uniwersyteckie, które na czas wojny odstąpiono Gal. Czerwonemu Krzyżowi, z nadchodzącem półroczem letniem będą mogły być uruchomione i użyte dla celów klinicznych. W lutym nastąpiło oddanie klinik przez Czerwony Krzyż. Zaraz też przystąpił Wydział krajowy do przeprowadzenia odpowiednich rekonstrukcyi i adaptacyi. Na razie odnowiono i oddano do użytku ambulatoryum kliniki chirurgicznej; reszta klinik w najbliższym czasie będzie gotowa do użytku.

— Dur plamisty, który, zawleczony z końcem lutego, wystąpił we Lwowie endemicznie w jednej dzielnicy (31 przypadków w jednym tygodniu), dzięki energicznym zarządzeniom został w zarodku stłumiony. W ostatnich 2 tygodniach zachorowało tylko 5 osób, z tych 3 miały łączność z poprzednimi przypadkami, zaś 2 były obce. W domu obserwacyjnym pozostaje obecnie z początkowych 65 tylko 5, w leczeniu zaś jest obecnie kilkanaście osób chorych. Ogółem leczonych było około 50 osób.

Warszawa. Towarzystwo medycyny społecznej organizuje zebrania dyskusyjne w sprawach medycyny wojskowej. Na pierwszem zebraniu referował pułkownik Berbecki o roli lekarza, jako oficera, a Dr Rudzki o roli lekarza armii polskiej na froncie i w etapach.

Z różnych stron. W schronisku dla lekarzy »Ärzteheim« w Maryenbadzie będzie wolnych w r. b. od maja do września 65 miejsc (po 13 co miesiąc). Podania należy wnosić do Zarządu schroniska (Vorstand des Vereines Ärztliches Erholungsheim in Marienbad) z wymienieniem miesiąca, w którym podający chciałby w schronisku zamieszkać. Oprócz bezpłatnego mieszkania mają przyjęci do schroniska bezpłatne kąpiele, zniżone ceny w restauracyach i t. d. Pierwszeństwo mają członkowie Towarzystwa (wkładka przynajmniej 5 koron), a wśród nich ci, których zdrowie ucierpiało wskutek pracy wojennej.

Zmarli: znakomity bakteryolog prof. Behring w Marburgu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 11. kwietnia 1917 o godzinie 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykłady prof. Dr Godlewskiego i Dr Dadeja: 1) Zwalczanie epidemii zapomocą kolumn sanitarnych. 2) Spostrzeżenia nad durem osutkowym.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.